DE LA

DÉVIATION CONJUGUÉE
DE LA TÊTE ET DES YEUX

CONTRIBUTION
A L'ÉTUDE DES LOCALISATIONS CÉRÉBRALES

Par le Dr J. GRASSET,

AGRÉGÉ, CHARGÉ DU COURS DE CLINIQUE ANNEXE DES MALADIES DES VIEILLARDS
MÉDECIN DE L'HÔPITAL-GÉNÉRAL.



MONTPELLIER
C. COULET, ÉDITEUR
LIBRAIRE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE, DE L'ÉCOLE D'AGRICULTURE ET DE L'ACADÉMIE
DES SCIENCES ET LETTRES, GRAND'RUE, 5.

PARIS
V.-A. DELAHAYE, LIBRAIRE-ÉDITEUR
Place de l'École-de-Médecine, 23
1879

DE LA

DÉVIATION CONJUGUÉE

DE LA TÊTE ET DES YEUX

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE DES LOCALISATIONS CÉRÉBRALES

Par le Dr J. GRASSET,

AGRÉGÉ, CHARGÉ DU COURS DE CLINIQUE ANNEXE DES MALADIES DES VIEILLARDS,
MÉDECIN DE L'HÔPITAL-GÉNÉRAL.



MONTPELLIER
C. COULET, ÉDITEUR
LIBRAIRE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE, DE L'ÉCOLE D'AGRICULTURE ET DE L'ACADÉMIE
DES SCIENCES ET LETTRES, GRAND'RUE, 5.

PARIS
V.-A. DELAHAYE, LIBRAIRE-ÉDITEUR
Place de l'École-de-Médecine, 23

1879

DE LA

DÉVIATION CONJUGUÉE

DE LA TÊTE ET DES YEUX.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES LOCALISATIONS CÉRÉBRALES [1],

Par le Dr J. GRASSET, Agrégé,

chargé du Cours de Clinique annexe des Maladies des Vieillards, médecin de l'Hôpital-Général.

Nous avons eu récemment l'occasion d'observer cinq cas de déviation conjuguée de la tête et des yeux; rapprochées des autres faits que nous avons pu réunir, ces observations me paraissent constituer une contribution utile à l'histoire de ce symptôme, dont la valeur séméiologique est loin d'être complétement élucidée, quoique son étude soit à l'ordre du jour depuis dix ans.

On sait que, déjà vue par Cruveilhier, Gubler et d'autres, la déviation conjuguée n'a été bien étudiée que par Vulpian, et que la première description complète en a été donnée dans la thèse, devenue classique, de Prévost, en 1868.

Des 58 observations réunies dans ce travail et de ses expériences sur les animaux, Prévost conclut que la déviation se fait vers la lésion : le malade regarde son hémisphère altéré (je ne parle pour le moment que des lésions des hémisphères ; nous reviendrons plus loin sur ce qui a trait au mésocéphale).

Cette loi fut acceptée et, en 1875 encore, dans sa thèse d'agrégation sur les localisations cérébrales, Lépine l'admettait comme exacte.

Cependant un certain nombre d'auteurs (Brouardel notamment) ont réuni d'assez nombreuses exceptions à la loi de Prévost. Dans sa thèse (1876), Landouzy a trouvé que, sur 33 cas, 10 faisaient exception : la loi de Prévost ne pouvait plus être acceptée.

---

[1] Communication faite à l'Académie de Montpellier (section de Médecine) dans sa séance du 5 mai 1879.

Sur nos 5 observations, 4 peuvent servir à cette question, la 5e (Obs. III) se rapportant à une lésion de la protubérance. Sur ces 4 cas, 2 (Obs. II et IV) sont conformes à la loi de Prévost, et 2 (Obs. I et V) sont contraires.— Il fallait donc chercher mieux.

Landouzy, profitant des expériences de Hitzig et de Ferrier sur les centres corticaux, a introduit dans l'étude de ce problème un élément important : il faut distinguer, a-t-il dit, les cas de déviation conjuguée par paralysie du centre rotateur et les cas par excitation de ce même centre. Dans ces deux séries de faits, la rotation, pour un même siége de lésion, devra naturellement se faire dans deux sens opposés.

Cette distinction est extrêmement juste et nos faits la confirment pleinement. Sur nos 4 cas, dans 2 il y avait paralysie des membres et dans 2 il y avait convulsions ; aussi le sens de la déviation était-il opposé dans les deux séries de faits.

Seulement, cette distinction une fois acceptée, il faut chercher à déterminer maintenant dans quel sens se fera la déviation dans les cas d'excitation et dans quel sens elle se fera dans les cas de paralysie. Ici Landouzy a formulé des propositions contre lesquelles nos faits protestent d'une manière absolue. Et le premier but de ce travail est d'établir, sur le sens de la rotation dans les deux cas, des conclusions précisément inverses de celles de Landouzy.

I.

Pour Landouzy, la tête et les yeux se tournent du côté des membres paralysés quand il y a paralysie; ils se tournent au contraire du côté opposé aux membres convulsés quand il y a excitation. Il pose nettement ce principe au haut de la page 82 de sa thèse, et on ne peut considérer cette phrase comme un lapsus, car il y insiste dans tout le passage qui suit, et il conclut dans le même sens en disant (pag. 83) : « Si les faits ne viennent pas infirmer l'explication que nous proposons, la rotation des yeux qui se fera *du côté des membres paralysés* pourra prendre une valeur diagnostique aussi grande que celle attachée par MM. Vulpian et Prévost à la déviation regardant la lésion : dans ce cas

particulier, le symptôme indiquera non-seulement une lésion corticale de l'hémisphère opposé, mais encore une lésion *d'ordre parlaytique*, une lésion ayant abouti à la suppression du centre rotateur.»

L'opinion est formelle. Or, nos quatre cas sont précisément inverses de cette loi. — En voici le résumé sommaire :

La femme Thomas (Obs. v) était à l'Hôpital-Général depuis quelque temps comme infirme : elle avait eu une attaque, il y a dix-huit mois, qui lui avait laissé un grand embarras de la parole et une faiblesse marquée des deux jambes. Le 27 avril au soir, elle est frappée d'apoplexie. Cet état s'accompagne d'accès épileptiformes que nous constatons nous-même le 28 au matin : perte de connaissance complète et stertor ; convulsions hémilatérales dans le côté gauche (surtout dans le bras et la face); déviation conjuguée très marquée de la tête et des yeux à gauche.

Or, d'après la loi de Landouzy, les membres gauches étant atteints, comme il y avait excitation, la déviation aurait dû se faire à droite.

Bien plus, la contre-épreuve se fit dans la journée : M. Brousse, interne du service, a nettement observé la déviation conjuguée à droite quand les convulsions cessèrent, et que par suite on put supposer le centre épuisé et paralysé.

Déjà chez une enfant (Obs. i), dont nous avons publié l'observation dans le *Montpellier médical*, pendant une congestion apoplectiforme qui se manifestait par des crises de convulsions unilatérales, nous avions vu la tête et les yeux déviés également du côté des membres: c'est-à-dire toujours en opposition avec la loi de Landouzy.

Voilà pour les faits d'excitation. Il en a été de même pour les faits de paralysie.

Le nommé Boudin (Obs. ii) a été frappé d'hémiplégie le 2 janvier 1879, dans des circonstances spéciales. Cette hémiplégie droite était complète, avec hémianesthésie, dès le 18 au matin, et ne se démentit plus jusqu'à la mort, survenue le 24. Dès le 20 au matin et jusqu'à la mort aussi, déviation conjuguée

de la tête et des yeux à gauche, c'est-à-dire du côté de la lésion : toujours inversement à la loi de Landouzy.

De même un gâteux, nommé Challier (Obs. IV), avait une déviation conjuguée à gauche permanente. Et c'est à droite que fut la lésion à laquelle nous attribuons la déviation. Ce dernier cas est moins concluant, parce qu'il y avait une lésion bilatérale. Mais enfin, en laissant ce quatrième fait en dehors, nous avons, sur trois cas, trois exceptions à la loi de Landouzy.

Nous serions donc tenté de dire (par ces seuls faits), contrairement aux propositions de Landouzy : le malade regarde ses membres convulsés quand il y a excitation ; il regarde au contraire sa lésion quand il y a paralysie.

Mais nous pouvions être tombé sur une série exceptionnelle ; nous avons examiné alors de près les observations rapportées par Landouzy lui-même à l'appui de son opinion, et nous avons constaté que, pour l'immense majorité, elles disaient précisément le contraire de ce qu'il leur faisait dire, et qu'elles étaient confirmatives de nos propositions et non des siennes. (Nous avons réuni toutes ces observations dans un tableau général qu'on trouvera à la fin de ce travail.)

Nous avons alors étendu nos recherches et réuni le plus grand nombre possible d'observations de déviation conjuguée. Voici les résultats obtenus jusqu'à aujourd'hui :

Sur les 117 cas qui sont relatés dans notre tableau, 5 ne peuvent pas servir à élucider le point qui nous occupe, parce que les membres étaient intacts (Obs. XIII, XLVI, CVII, CXI et CXII); 8 autres sont encore peu concluants et doivent être écartés parce que dans deux cas (Obs. XXXII et CXIV) les yeux étaient tournés d'un côté et la tête de l'autre; dans un autre (Obs. XLVII), la paralysie portait sur le bras droit et la jambe gauche ; dans un quatrième (Obs. CI), il n'y avait qu'une paralysie douteuse du facial ; dans un cinquième (Obs. CIX), les convulsions étaient bilatérales et le sens de la déviation changeait constamment ; dans un sixième (Obs. CX), il y avait un mélange de convulsions à gauche, puis à droite, et de paralysie, qui rend le tableau confus; dans les deux autres (Obs. XLV et CXV), les lésions

étaient trop marquées des deux côtés pour permettre une conclusion.

Restent donc 104 cas utiles. Sur ces 104 faits, 99 sont confirmatifs de notre règle; 5 seulement sont exceptionnels.

Et encore ces cinq derniers peuvent-ils être discutés. L'un (Obs. XLIII) est ce malade de Jaccoud qui a présenté tant d'exceptions, dont la paralysie alterne est restée sans explication, etc. (On pourra en voir la discussion, soit dans le *Progrès médical*, soit dans le 2e Mémoire de Charcot et Pitres, dans la *Revue mensuelle*.) Dans un autre fait (Obs. XLIV), la tête seule était déviée, mais pas les yeux. Chez le malade de David (Obs. XXI), les lésions étaient bilatérales, ainsi que chez le malade de Cotard (Obs. XXX). Il ne reste donc guère que l'Obs. XXIV (Landouzy) pour faire une exception formelle à opposer à nos 99 autres cas confirmatifs.

On n'arrive jamais, en clinique, à une plus grande approximation.

Nous croyons donc pouvoir conclure que, *dans les lésions d'un hémisphère*, quand il y a déviation conjuguée, *le malade regarde ses membres convulsés s'il y a excitation, et regarde sa lésion s'il y a paralysie*[1].

Pratiquement, on retiendra cette règle en raisonnant sur l'oculo-moteur externe comme on raisonne sur le facial. Quand il y a excitation, les traits sont tirés du même côté que les membres convulsés; quand il y a paralysie, les traits sont déviés du côté opposé aux membres paralysés.

II.

En abordant la seconde partie de cette étude, je dois dire immédiatement que je suis arrivé ici à des conclusions bien moins formelles et que je veux plutôt signaler un sujet de recherches ultérieures que formuler une proposition définitive.

Il ne s'agit plus seulement de savoir le côté de la lésion, mais

---

[1] Voyez sur les nouvelles opinions de M. Landouzy la note mise à la fin de ce travail.

d'essayer de déterminer les points de l'hémisphère dont les altérations peuvent entraîner la déviation conjuguée. C'est une question délicate de localisation cérébrale.

Il y a deux régions de l'écorce cérébrale dont l'excitation électrique entraîne (dans les expériences de Ferrier) la rotation de la tête et des yeux du côté opposé à l'excitation. (On remarquera en passant que le sens de cette déviation expérimentale est conforme à notre règle clinique et contraire à celle de Landouzy.) Ces deux régions (Voy. *fig.* 1, schema) sont : 1° le pied de la 2e frontale (centre 12) ; 2° la circonvolution qui coiffe la scissure de Sylvius, les deux tiers postérieurs de la 1re temporale et le pli courbe (centres 13, 13′, 14).

Voilà la donnée physiologique qu'il faut contrôler par la clinique. Ferrier, dans son ouvrage sur les *Fonctions du cerveau*, et Clozel de Boyer, dans sa récente Thèse (1879), disent qu'il n'y a qu'un fait (avec autopsie) pouvant servir à élucider la question. C'est un cas de Chouppe, dans lequel il y eut lésion du pied de la 2e frontale. De sorte que Ferrier tend à localiser en ce point le centre de la déviation conjuguée, et il ne voit dans le pli courbe et le fond de la scissure de Sylvius qu'un centre de la vision.

Deux de nos faits (les seuls des cinq qui puissent servir ici) tendent au contraire à placer le centre rotateur dans l'autre région désignée par Ferrier (centres 13, 13′ et 14).

Chez Challier, en effet (*fig.* 2, schema), le foyer de ramollissement occupait le pli courbe, et chez la femme Thomas (*fig.* 3, schema) une hémorrhagie sous-corticale avait fait irruption sous les méninges, entre l'extrémité de la scissure de Sylvius et la scissure parallèle. — Ces deux faits sont importants. (Le second cependant moins que le premier, parce que la lésion était située du même côté que les membres convulsés, à cause de l'inondation méningée.)

J'ai revu alors le cas de Chouppe cité plus haut, et j'ai constaté qu'on pouvait l'interpréter dans un sens différent de celui qu'ont adopté Ferrier et Cl. de Boyer. La rotation avait été observée à droite ; on ne peut pas trop savoir si c'était de l'exci-

tation ou de la paralysie, parce que les membres étaient intacts. Si nous supposons une paralysie, la lésion devait être à droite : en effet, il y avait à droite une lésion beaucoup plus importante que celle de gauche et siégeant dans la région que nous avons en vue. Ainsi, tandis qu'à gauche, sur le pied de la deuxième frontale, il n'y avait qu'une plaque de méningite sans granulation tuberculeuse ni lésion des parties profondes (seule lésion figurée par Cl. de Boyer), à droite, au contraire, sur les parties supérieure et latérale du lobe sphénoïdal, étaient des plaques de méningo-encéphalite tuberculeuse. — Et Chouppe lui-même, en faisant sa communication à la Société anatomique, attribue la déviation conjuguée, non à la première lésion, mais à la dernière, conformément à notre localisation. — On reconnaîtra que si ce fait n'est pas une preuve à fournir en faveur de notre opinion, on ne peut pas dire tout au moins qu'il soit en opposition.

J'ai cherché alors à réunir d'autres éléments d'appréciation. On trouve naturellement très-peu d'observations pouvant servir à une localisation un peu précise. — Voici comment se décomposent, à ce point de vue, les faits que l'on trouvera dans le tableau général :

1. Lésion de la région 13, 13', 14 de Ferrier, sans lésion de la 2e frontale.	Obs. IV (*fig.* 2, schema); V (*fig.* 3); XXIII (*fig.* 10); XXVI (*fig.* 6); XXXVII (*fig.* 8); XXXVIII (*fig.* 5), XLIII ; XLVII ; LI (*fig.* 11) ; LII (*fig.* 12) ; LV (*fig.* 13); LIX (*fig.* 14); LXXII ; LXXV (*fig.* 15); CVI et CVII (*fig.* 4). — 16 cas.
2. Lésion dans le voisinage immédiat de la région indiquée, sans lésion de la 2e frontale.	Obs. XVI; XXII; XXVII; XLI; L et CIX. — 6 cas.
3. Lésion étendue, portant sur la région voulue et aussi sur la 2e frontale (cas non contradictoires).	Obs. XIII ; XV ; XVII ; XIX (*fig.* 9) ; XL ; LIII ; LXV ; LXXVI ; LXXVIII et LXXX (*fig.* 16). — 10 cas.
4. Lésion des faisceaux blancs partant de la région voulue (lésions limitées ou étendues).	Obs. XVIII (?) ; XXVIII (?) ; XLII ; XLIV ; LXI ; LXII ; LXIII ; LXVI ; LXVII ; LXVIII ; LXIX (?); LXX ; CVIII et CX. — 14 cas.

*

5. Lésions de la capsule interne (ou des régions avoisinantes) et du pédoncule.	Obs. II. ; XXXII ; XXXIII; XXXIV; XXXV; XXXVI; XLVIII; XLIX ; LXXI; LXIII; LXXIV; LXXVII ; LXXIX; XC ; XCI; XCII; XCIII ; XCIV ; XCV; XCVI; XCVII; XCVIII; XCIX ; C et CXVI. — 25 cas.
6. Lésions de la protubérance (région inférieure) du bulbe et du cervelet.	Obs. III ; CI et CII. — 3 cas.
7. Cas ne pouvant pas servir à une localisation (à cause de la diffusion des lésions ou du peu de précision de la description). Cas sans autopsie.	Obs. I ; VI ; VII ; VIII ; IX ; X ; XI ; XII ; XIV ; XX ; XXI ; XXIV; XXV ; XXIX ; XXX ; XXXI ; XXXIX ; XLV ; XLVI ; LVI ; LVII; LVIII ; LX ; LXXXI ; LXXXII ; LXXXIII ; LXXXIV ; LXXXV ; LXXXVI : LXXXVII ; LXXXVIII; LXXXIX ; CIII ; CIV ; CV ; CXI ; CXII ; CXIII ; CXIV ; CXV; CXVII. — 41 cas.
8. Cas exceptionnels.	Obs. LIV et LXIV. — 2 cas.

Je crois inutile de reprendre chacun de ces faits en détail ; on les trouvera au numéro indiqué dans le tableau général, et, pour les plus intéressants, on pourra consulter le schema ci-joint.

Sans prétendre que tous ces faits aient la même valeur, il me semble qu'il y a là un faisceau d'observations (non encore réunies) suffisant pour attirer fortement l'attention des médecins sur cette région, dans les cas de déviation conjuguée. — Je formulerai ainsi la proposition, dont l'avenir devra vérifier ou non l'exactitude: *Quand la déviation conjuguée doit être attribuée à une lésion corticale, l'altération siége le plus souvent dans les circonvolutions qui coiffent le fond de la scissure de Sylvius et le pli courbe* (*centres 13, 13′ et 14 de Ferrier*).

Je ne veux pas dire naturellement que ce soit là le seul point de l'encéphale dont la lésion entraîne la rotation. Comme pour les autres centres moteurs, tout le faisceau de fibres blanches qui part de cette région et va au pédoncule en passant par la capsule interne, pourra, quand il est altéré, donner lieu au même phénomène. Une quarantaine de nos observations se rapportent à

cette dernière catégorie, 32 cas correspondant au contraire à des lésions des circonvolutions.

Nous arrivons ensuite au mésocéphale ; mais ici, à partir d'un certain point (du reste mal défini), le sens de la déviation change, parce que les effets sur l'oculo-moteur externe deviennent directs.

La loi de Desnos n'est pas plus exacte ici que la loi de Prévost ; il faut toujours distinguer les faits d'excitation et les faits de paralysie. Seulement, le principe posé pour les hémisphères doit être renversé, et il faut dire que *le malade regarde ses membres paralysés, s'il y a paralysie, et qu'au contraire il regarde sa lésion, s'il y a excitation.*

Encore ici on résoudra pratiquement la question, en raisonnant pour l'oculo-moteur externe comme on raisonne pour le facial.

Telles sont les réflexions que m'ont inspirées les cinq observations que j'ai recueillies de déviation conjuguée et les autres faits de même ordre que j'en ai rapprochés. Ces considérations seront complétées et peut-être modifiées par l'étude de nouveaux cas que je pourrai encore réunir, soit par mon observation personnelle, soit dans les auteurs.

Dès que ce Mémoire a été rédigé, j'ai communiqué (le 29 avril) à M. le Dr Landouzy les conclusions de la première partie, à cause de l'opposition formelle qu'il y avait entre mes observations et les siennes. M. Landouzy a bien voulu me répondre, le 4 mai (j'ai reçu sa lettre le lendemain de ma communication à l'Académie de Montpellier), qu'il avait, lui aussi, complétement modifié les conclusions de sa thèse sur le sens de la déviation. « J'avais d'abord songé, me dit-il, à revenir, au moyen d'errata, sur ce chapitre ; puis, toutes réflexions faites, je préférai reprendre à nouveau ce sujet, auquel j'attachais une grande importance en physiologie et en séméiotique cérébrale. Ce Mémoire va paraître; j'en ai du reste donné la substance dans une conférence que mon maître, le professeur Hardy, me fit faire, il y a longtemps déjà, aux élèves de la clinique de la Charité, sur la séméiologie de l'hémiplégie faciale et de la déviation conjuguée... Je viens, il y a trois semaines, de communiquer les conclusions de ce mémoire à la Société anatomique, à propos d'une observation très-démonstrative dont je produisais les pièces. »

Nous sommes heureux de pouvoir, dès à présent, donner ici (grâce à la bienveillante communication de M. Landouzy) les conclusions de ce Mémoire inédit, dont on remarquera la concordance parfaite avec les idées développées dans notre propre travail.

«La situation axile de la tête et des yeux est commandée par la tonicité combinée ou action synergique des centres rotateurs hémisphériques. Cette situation axile cesse dans certains cas pathologiques caractérisés d'*ordinaire* par des désordres paralytiques ou convulsifs portant sur une moitié du corps. Dans ces cas, deux combinaisons cliniques se présentent : A, le malade regarde sa lésion et se détourne de ses membres paralysés ; B, le malade regarde ses membres contracturés ou convulsés et se détourne de sa lésion.

»Cherchant à appliquer à la déviation conjuguée la même physiologie pathologique qu'aux troubles paralytiques ou convulsifs portant sur les membres, c'est-à-dire cherchant à substituer à la notion d'excitation à distance (Thèse, pag. 80) l'idée d'une irritation directe, nous croyons que la déviation conjuguée doit être rendue justiciable d'une excitation partie d'un hémisphère et venant commander *du côté opposé* la rotation conjuguée ; en d'autres termes, nous croyons qu'une incitation droite porte d'une façon conjuguée la tête et les yeux à gauche, et *vice versa*.

»Cette théorie rend compte des modalités cliniques affectées par la rotation : dans les faits ressortissant à la modalité A, la lésion entraîne *de son côté* la perte fonctionnelle (temporaire le plus souvent) des centres; dans la modalité B, la lésion excite les centres rotateurs de son côté.

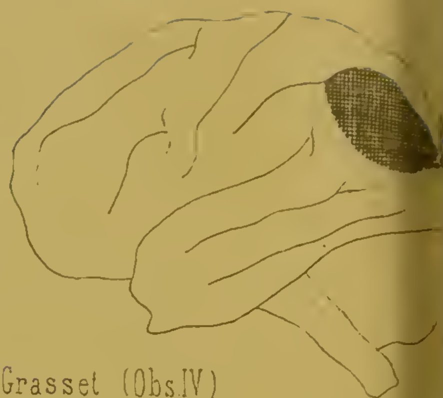
»C. Parfois ces deux modalités se combinent, se succèdent ou se remplacent, et tel malade, après avoir regardé sa lésion et fui ses membres alors paralysés, se met à regarder (rotation convulsive fugace) ses membres au moment même où ceux-ci, de paralysés, deviennent convulsés.

»Quant au procédé instrumental employé pour aboutir à ces deux modalités, il semble se résoudre en : A, suppression des centres rotateurs du côté de la lésion et action isolée du centre homologue de l'hémisphère sain (déviation qu'on pourra appeler de tonicité, par suppression de l'antagoniste); B, excitation par la lésion des centres de l'hémisphère lésé (c'est une déviation qu'on pourrait appeler d'excitation); C, suppression fonctionnelle d'abord, puis excitation fonctionnelle, du fait des modifications congestives, inflammatoires ou autres survenues dans les parages du centre rotateur.

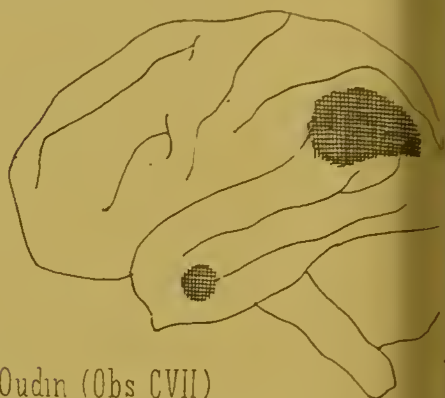
»Ces déviations, observées dans des cas de lésions ayant porté,



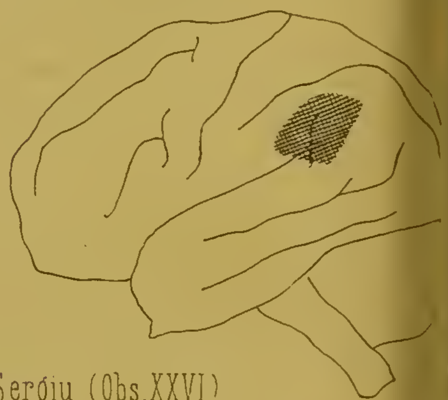
1. Ferrier.


2. Grasset (Obs.IV)


3. Grasset (Obs.V)


4. Oudin (Obs CVII)


5. Charcot et Pitres (Obs.XXXVIII)


6. Sergiu (Obs.XXVI)


7. Byron Bramwell (Obs.CVI)


8. Samt (Obs.XXXVII)

GRASSET. del.



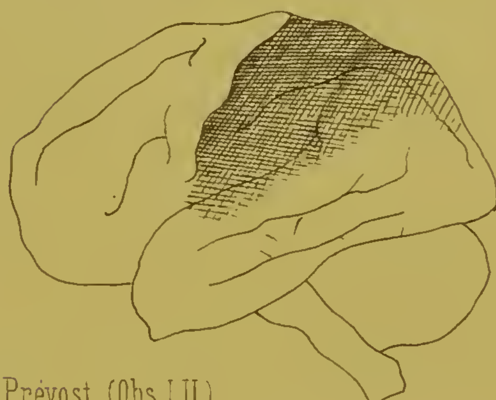
cky (Obs. XIX)



10. Liouville (Obs XXIII)



aygrier (Obs LI)



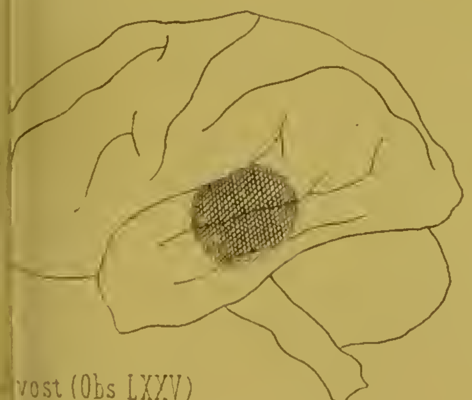
12. Prévost (Obs. LII)



évost (Obs LV)



14. Prévost (Obs LIX)



vost (Obs LXXV)



16. Prévost (Obs. LXXX)

Lith Boehm & fils Montp.

tantôt sur l'écorce, tantôt sur le contre ovale, tantôt enfin sur la région bulbo-protubérantielle, permettent de penser, de par la clinique et l'anatomie pathologique, que de l'écorce au bulbe s'étendent des faisceaux dont l'action combinée commande la rotation de la tête et des yeux.

»La rotation des yeux se faisant par action de la sixième paire, nous sommes invités à suspecter des connexions corticales pour le moteur oculaire externe comme elles semblent acceptées (physiologiquement au moins) pour le facial inférieur et le releveur de la paupière supérieure. Par les mêmes raisons , nous sommes invités à rechercher les connexions *cérébrales* des filets qui animent les splénius, grand droit postérieur, petit droit postérieur et grand oblique, tous muscles qui font la rotation de la tête en vertu de laquelle *la face est dirigée du même côté* : la synergie d'action de ces nerfs musculaires et du moteur oculaire externe n'invite-t-elle pas à supposer entre eux certaines connexités anatomiques cérébrales ?

»De ces prolégomènes cliniques, anatomo-pathologiques et anatomiques, il résulte que la déviation conjuguée des yeux et de la tête prend une très-grande *valeur séméiologique.* Ce symptôme prouve qu'il y a suppression ou excitation fonctionnelle des fibres rotatrices étendues de l'écorce au bulbe. La déviation qui *fuit* les membres prouve que la lésion paralytique s'étend jusqu'aux centres rotateurs; la déviation qui *regarde* les membres prouve qu'une lésion d'excitation s'étend jusqu'aux centres rotateurs. Cette lésion peut s'observer dans des points divers du *tractus rotateur bulbo-cérébral,* depuis son origine corticale jusqu'à sa terminaison bulbaire. On comprend dès-lors pourquoi la rotation peut se voir aussi bien avec des lésions de l'écorce qu'avec des lésions du centre ovale; on comprend surtout pourquoi certaines lésions bulbo-protubérantielles entraînent une déviation conjuguée *se faisant du côté opposé à la lésion.*»

On voit clairement que M. Landouzy exprime ici, sous une autre forme, des conclusions absolument identiques à celles que nous avons avancées dans la première partie du travail ci-dessus.

OBSERVATIONS.

1. Grasset (*Montp. méd.*, 1877). — Convulsions à gauche ; rotation à gauche. — Guérison.

2. Grasset (*Gaz. hebdom.*, 1879). — Paralysie à droite ; rotation à gauche. — Lésion de la capsule interne à gauche.

3. Grasset (*Montp. méd.*, 1878). — Paralysie alterne : face à

gauche ; membres à droite ; déviation à droite. — Lésion de la protubérance à gauche.

4. GRASSET (Obs. inédite). — Hémiplégie gauche ; déviation à gauche. — Lésion motrice à droite ; lésion du pli courbe à gauche (*fig.* 2).

5. GRASSET (Obs. inédite). — Epilepsie hémiplégique gauche ; rotation à gauche pendant les convulsions, à droite après. — Foyer hémorrhagique ayant fait issue sous les méninges, entre le fond de la scissure de Sylvius et la scissure parallèle (*fig.* 3).

6. PAPAVOINE (Obs. XXI de Landouzy, Th. Paris, 1876). — Convulsions à droite ; déviation des yeux à droite. — Lésions peu précises.

7. LEGENDRE (Obs. XXV de Landouzy). — Paralysie du bras gauche ; tête un peu inclinée vers l'épaule droite. — Lésions peu précises.

8. HAHN (Obs. XXVI, Landouzy). — Convulsions à gauche ; « pendant les convulsions, la tête était toujours fortement contournée vers l'épaule gauche ». — Lésions peu précises.

9. CHARPENTIER (Obs. XXXII, Landouzy). — Paralysie avec convulsions à droite ; tête inclinée à droite. — Lésions peu précises.

10. CHARPENTIER (Obs. XXXIII, Landouzy). — Convulsions avec la bouche tirée à gauche et l'œil gauche plus fermé que le droit ; tête fortement renversée en arrière et à gauche. — Lésions peu précises.

11. CHARDIN (Obs. XXXVII, Landouzy). — Hémiplégie droite ; rotation de la tête et déviation des yeux à gauche. — Lésions peu précises.

12. REDIER (Obs. XXXIX, Landouzy). — Hémiplégie droite ; inclinaison de la tête à gauche. — Lésions peu précises.

13. CHOUPPE (*Bull. Soc. anat.*, 1871, pag. 380). — Rien aux membres ; rotation de la tête et des yeux à droite. — A gauche, sur la partie postérieure de la deuxième frontale, lésion superficielle ; simple aspect louche, épaissi, surtout autour des vaisseaux, sans granulation tuberculeuse appréciable ni altération des parties profondes ; à droite, sur les parties supérieure et latérale du lobe sphénoïdal, sur le trajet des vaisseaux, plaques d'étendue variable avec granulations grises. Dans l'étendue d'un œuf de pigeon, au niveau de la partie moyenne des circonvolutions latérales, méninges épaissies et louches, substance grise très-injectée, ramollie et avec des granulations grises ; etc.

14. Tüngel (Obs. lviii, Landouzy). — Attaques convulsives gauches ; rotation de la tête à gauche. — Rien de précis.

15. Carl Stark (Obs. lix, Landouzy). — Epilepsie hémiplégique gauche ; déviation des yeux à gauche : « Convulsions cloniques et toniques des globes oculaires (droit externe gauche et droit interne droit). » — Dilatations kystiques de la pie-mère : 1. Un peu en arrière du milieu des premières frontales droite et gauche ; 2. à la racine des mêmes circonvolutions et à l'extrémité supérieure des deux centrales antérieures ; 3. à la partie supérieure du sillon précentral droit. La racine de la deuxième frontale droite et la partie inférieure de la centrale antérieure (jusque près de l'extrémité externe de la scissure de Sylvius) sont très-atrophiées et réduites à moins de la moitié de leur volume normal ; 4. sur quelques sillons du lobe pariétal gauche inférieur.

16. Jackson (Obs. lxi, Landouzy). — Convulsions à droite ; tête et yeux tournés à droite. — Tumeur dans la partie supérieure du lobe pariétal gauche. Les circonvolutions du lobule pariétal supérieur sont très-larges, aplaties à la surface, et si ramollies à l'intérieur qu'elles ont l'air de vrais sacs de fluide. Les circonvolutions les plus proches de la tumeur y sont appuyées comme des plis. La scissure interpariétale est poussée vers le bas, et sa courbe est presque oblitérée.

17. Villard (Obs. lxiii, Landouzy). — Epilepsie hémiplég. droite ; après un léger mouvement de rotation de la tête à gauche, déviation conjuguée de la tête et des yeux à droite. — Tumeur qui occupe le lobe moyen et avance dans le lobe antérieur.

18. Berl. Klin. Wochenschr., 1875, nº 40 (Obs. lxiv, Landouzy). — Hémiplégie droite ; déviation conjuguée à gauche. — Tumeur ne détruisant à la surface que la frontale ascendante et le lobule paracentral, mais pénétrant profondément dans la masse blanche.

19. Glick (Obs. lxvii, Landouzy). — Epilepsie hémiplég. gauche ; tête et yeux convulsés à gauche. — A droite, infiltration caséeuse détruisant l'écorce cérébrale dans les régions suivantes : au niveau des frontale et pariétale ascendantes de la partie voisine des trois frontales ; au-dessus de la branche horizontale de la scissure de Sylvius, circonvolutions pariétale supérieure et supra-marginale (Voy. *fig*. 9).

20. Charcot et Vulpian (Obs. lxxi, Landouzy). — Epilepsie hémipl. droite ; yeux et tête portés à droite. — Pas de lésion précise.

21. David (Obs. lxxvi, Landouzy). — Epilepsie hémiplég. gauche; déviation conjuguée des yeux à droite et en haut. — Lésions bilatérales.

22. Quinquaud (Obs. lxxxiii, Landouzy). — Chez un hémiplégique, contractures à droite; déviation conjuguée à droite. — Lésion à la partie postérieure de la première frontale; autre au sommet du lobule de l'insula.

23. Liouville (Obs. lxxxiv, Landouzy).—Chez un hémiplégique, convulsions à droite; tête penchée et fortement inclinée vers la droite. — Méningite tuberculeuse ; lésions spécialement placées des deux côtés de la scissure de Sylvius, depuis son origine jusqu'à ses divisions (*fig.* 10, schema).

24. Landouzy (Obs. ii de sa thèse). — Epilepsie hémipl. gauche; déviation à droite. — Rien de précis.

25. Landouzy (Obs. xix, *ibid.*). — Hémiplégie à droite; déviation à gauche.

26. Sergiu (Obs. lxxxi, Landouzy). — Hémiplégie gauche; contracture (?) des muscles du cou à droite. — Méningo-encéphalite dans le lobe moyen droit, au niveau de la partie supérieure de la scissure de Sylvius (*fig.* 6 du schema).

27. Rendu (Obs. lxxxv, Landouzy). — Hémiplégie droite; déviation conjuguée à gauche. — Au niveau de l'entrée de la scissure de Sylvius, amas d'exsudat gélatiniforme avec substance cérébrale ramollie au-dessous.

28. Dussaussay (*Bull. Soc. anat.*, 1876, pag. 30). — Hémiplégie droite; déviation conjuguée à gauche. — Hémorrhagie dans le centre ovale sur les limites des lobes frontal et pariétal; en arrière, s'arrête au niveau du bord postérieur de la pariétale ascendante, mais va en bas jusqu'à un centimètre du corps strié.

29. Bravais (Obs. i, Landouzy). — Épilepsie hémipl. droite; tête tournée à droite.

30. Cotard (Obs. xvii, Landouzy). — Hémiplégie droite; rotation à droite (accident ultime). — Lésions bilatérales.

31. Rendu (Obs. xxxvii de sa thèse; Paris, 1873). — Hémiplégie droite; déviation à gauche. — Lésions diffuses.

32 Raymond (Obs. i de sa thèse, 1877). — Hémipl. droite; yeux tournés à gauche, tête à droite. — Lésion de la capsule interne.

33. Raymond (Obs. xviii, *ibid.*). — Hémipl. gauche; déviation à droite. — Lésion de la capsule interne.

34. RAYMOND (Obs. XIX de sa thèse, 1877).— Hémipl. gauche; rotation à droite. — Lésion de la capsule interne.

35. RAYMOND (Obs. XX, *ibid.*). — Convulsions hémipl. droites; déviation à droite. —Lésion de la capsule interne.

36. RAYMOND (Obs. XXI, *ibid.*). — Convulsions à gauche; déviation à gauche. — Lésion de la capsule interne.

37. SAMT, cité par Charcot et Pitres (premier Mém. de la *Rev. mens.*). — Hémiplégie droite; tête et yeux déviés à gauche. — Foyer de ramollissement sur le lobe pariétal : en avant, n'atteint pas la pariétale ascendante; en arrière, sépare le lobule pariétal inférieur et le pli courbe pour se terminer en arrière du sillon temporal supérieur; en haut, dépasse la scissure interpariétale sans arriver jusqu'à la scissure interhémisphérique (*fig.* 8, schema).

38. CHARCOT et PITRES (Obs. VII du 1er Mém.). — Hémipl. gauche; déviation à droite. — Ramollissement occupant (à droite) : 1° le 1/5 inférieur et le 1/3 supérieur de la pariétale ascendante; 2° les lobules pariétal inférieur et pariétal supérieur en totalité; 3° les 2/3 postérieurs de la 1re temporale; 4° la 1/2 postérieure du lobule de l'insula (*fig.* 5, schema).

39. CHARCOT et PITRES (Obs. XXIX du 1er Mém.). — Epil. hémipl. gauche; face et yeux tournés à gauche pendant l'attaque; immédiatement après l'attaque, légère paralysie faciale gauche et rotation de la tête avec déviation conjuguée des yeux vers le côté droit.

40. GRIESINGER (Obs. XXXI, Charcot et Pitres, 1er Mém.). — Epil. hémipl. droite; déviation à droite. — Kystes hydatiques sur les lobes pariétal, frontal, etc.

41. CHARCOT et PITRES (Obs. XXXIX du 1er Mém.). — Epil. hémipl. gauche; déviation à gauche (accident ultime). — Deux plaques jaunes : l'une a détruit le lobule paracentral; l'autre siége sur le tiers moyen de la pariétale ascendante (les limites postérieures exactes ne sont pas indiquées).

42. CHARCOT et PITRES (Obs. XL du 1er Mém).—Epil. hémipl. gauche; déviation à gauche. — A droite, foyer ocreux, comme une grosse amande, siégeant dans le centre ovale et s'étendant du pied de la 1re frontale au pied du lobule pariétal supérieur. Capsule interne légèrement altérée.

43. JACCOUD (Obs. XXI, Charcot et Pitres, 2e Mém.). — Paralysie des membres à gauche, du facial inférieur à droite; accès convulsifs dans tout le côté droit ; déviation conjuguée à

gauche. — Foyer limité : en avant, par la pariétale ascendante et la scissure calloso-marginale; en arrière, par la scissure pariéto-occipitale virtuellement prolongée derrière le pli courbe; en dehors, par la scissure interpariétale idéalement prolongée en arrière, etc., etc.

44. Landouzy (*Bull. Soc. anat.*, 1877, pag. 146). — Hémiplégie gauche; rotation de la tête à gauche (sans déviation des yeux) pendant les derniers jours. — Ramollissement occupant la circonvolution parallèle, la partie postérieure des 2e et 3e frontales et la partie inférieure des frontale et pariétale ascendantes; les fibres blanches sous-corticales sont ramollies dans une étendue plus considérable : notamment les fibres sous-jacentes à la temporale; à la moitié inférieure de la pariétale ascendante et à la partie inféro-antérieure du lobe du pli courbe.

45. De Boyer (*Bull. Soc. anat.*, 1877, pag. 115). — Hémiplégie gauche avec contractures; déviation conjuguée de la tête et des yeux à droite. — Hémorrhagie à droite avec irruption dans tous les ventricules et sous les méninges.

46. Hipp. Martin (*Bull. Soc. anat.*, 1878, pag. 43). — Rien aux membres; déviation à gauche. — Méningite droite après otite.

47. De Boyer (*Bull. Soc. anat.*, 1877, pag. 271). — Paralysie du bras droit et de la jambe gauche : légère rotation de la tête à gauche; puis hémiplégie gauche ; rien de noté pour rotation. — Lésions bilatérales du pli courbe et des régions avoisinantes.

48. De Boyer (*Bull Soc. anat.*, 1877, pag. 360). — Hémiplégie droite; légère déviation conjuguée à gauche. — Foyer dans la substance blanche, étendu de la corne frontale à la corne occipitale et ayant causé une perte de substance comprenant la capsule externe, le haut de la capsule interne et la troisième partie du corps strié à gauche.

49. De Boyer (*Bull. Soc. anat.*, 1877, pag. 386). — Ancienne hémiplégie avec contractures à gauche. Hémiplégie récente à droite; rotation à gauche. — A gauche, hémorrhagie récente dans la capsule interne, etc.

50. De Boyer (*Bull. Soc. anat.*, 1877, pag. 450). — Hémipl. droite; tête un peu tournée à gauche. — Ramollissement des circonvolutions de l'insula, des 1re et 2e temporales à leur partie antérieure et un peu de la partie postérieure et inférieure de la pariétale ascendante.

51. Maygrier (*Bull. Soc. anat.*, 1877, pag. 602). — Chez un hémiplégique, convulsions limitées au côté droit ou prédominant dans ce côté ; déviation conjuguée à droite pendant les attaques. — Lésion à gauche, de la largeur d'une pièce de 5 fr., à la partie supérieure des frontale et pariétale ascendantes et à la partie moyenne de la scissure de Sylvius, dont les deux lèvres sont accolées. A la partie supérieure, la lésion se prolonge dans le faisceau fronto-pariétal moyen (*fig.* 11, schema).

52. Prévost (Obs. I de sa thèse, 1868). — Hémiplégie gauche; déviation à droite. — Ramollissement superficiel, limité en avant par la scissure de Rolando et se prolongeant jusque sur le lobe postérieur.

53. Prévost (Obs. II, *ibid.*). — Hémipl. gauche ; déviation à droite. — Ramollissement superficiel à droite de la 2e frontale et de la 2e sphénoïdale.

54. Prévost (Obs. III, *ibid.*). — Hémipl. droite ; déviation à gauche. — Ramollissement des 2e et 3e frontales gauches. Oblitération de l'artère sylvienne gauche.

55. Prévost (Obs. IV, *ibid.*). — Hémipl. gauche ; rotation à droite. — Ramollissement superficiel limité en avant par la scissure de Sylvius et se prolongeant en arrière (*fig.* 13, schema).

56. Prévost (Obs. VI, *ibid.*). — Hémipl. gauche ; rotation à droite. — Lésions diffuses.

57. Lépine (Obs. VII, Prévost). — Hémipl. gauche ; rotation à droite. — Lésions diffuses.

58. Lépine (Obs. VIII, Prévost). — Hémipl. droite ; rotation à gauche. — Lésions diffuses.

59. Prévost (Obs. IX de sa thèse). — Hémipl. gauche ; rotation à droite. — Tout le lobe sphénoïdal droit converti en un foyer de ramollissement rouge.

60. Prévost (Obs. X, *ibid.*). — Hémipl. gauche ; rotation à droite. — Ramollissement superficiel du lobe frontal au lobe occipital, occupant la partie supérieure de l'hémisphère. — Deux foyers dans le centre ovale.

61. Prévost (Obs. XI, *ibid.*). — Hémipl. gauche ; rotation à droite. — Ramollissement de la substance blanche du centre ovale en dehors du corps strié et occupant la presque totalité du lobe pariétal.

62. Prévost (Obs. XII, *ibid.*). — Hémipl. gauche ; rotation à droite. — Ramollissement occupant une portion des lobes occipital et pariétal droits et pénétrant assez profondément.

63. Prévost (Obs. xiii de sa thèse). — Hémipl. gauche ; rotation à droite. — Ramollissement superficiel du lobe frontal, et sur le lobe sphénoïdal autre foyer profond.

64. Prévost (Obs. xiv, *ibid.*). — Hémiplégie droite ; déviation à gauche. — Ramollissement de la partie postérieure du lobe antérieur en avant du sillon de Rolando.

65. Prévost (Obs. xv, *ibid.*). — Hémipl. droite ; rotation à gauche. — Ramollissement superficiel de la marginale postérieure, d'une partie de la surface du lobe postérieur et d'une grande partie du noyau blanc du lobe frontal.

66. Prévost (Obs. xvi, *ibid.*). — Hémipl. gauche ; rotation à droite. — Sarcome comme un œuf de pigeon occupant le centre blanc en arrière du sillon de Rolando, le long de la scissure interhémisphérique.

67. Prévost (Obs. xvii, *ibid.*). — Hémipl. droite; rotation à gauche. — Hémorrhagie à la partie postérieure du lobe pariétal.

68. Prévost (Obs. xviii, *ibid.*). — Hémipl. gauche ; rotation à droite. — Vaste foyer hémorrhagique occupant presque tout le noyau blanc jusqu'au niveau du plancher ventriculaire.

69. Prévost (Obs. xix, *ibid.*). — Hémipl. gauche ; déviation à droite. — Hémorrhagie sous les circonvolutions de l'insula, en dehors du noyau ventriculaire.

70. Prévost (Obs. xx, *ibid.*). — Hémipl. gauche ; déviation à droite. — Ramollissement de presque toute l'étendue de l'hémisphère droit.

71. Prévost (Obs. xxi, *ibid.*). — Hémipl. gauche ; rotation à droite. — Hémorrhagie comme un gros œuf de poule dans le corps strié tout entier et à la partie antérieure et supérieure de la couche optique.

72. Prévost (Obs. xxii, *ibid.*). — Hémipl. gauche ; rotation à droite. — Ramollissement superficiel des lobes moyen et postérieur au niveau de leurs faces latérales.

73. Prévost (Obs. xxiii, *ibid.*). — Hémipl. gauche ; rotation à droite. — Ramollissement qui occupe le corps strié (partie postérieure et intraventriculaire), qui se prolonge en dehors jusqu'à la partie postérieure de l'insula.

74. Prévost (Obs. xxiv, *ibid.*). — Hémipl. gauche ; rotation à droite. — Ramollissement de tout le noyau caudé et des parties blanches adjacentes.

75. Prévost (Obs. xxv, *ibid.*). — Hémipl. gauche : rotation

à droite. — Ramollissement comme une pièce de 5 fr. en arrière de la pariétale ascendante, occupant la partie inférieure et antérieure des circonvolutions occipitales et la partie moyenne de la marginale postérieure (*fig*. 15, schema).

76. Prévost (Obs. xxvi de sa thèse). — Hémipl. droite ; rotation à gauche. — Vaste ramollissement portant plus spécialement sur les circonvolutions du lobe sphénoïdal et s'étendant jusqu'au corps strié, qu'il attaque.

77. Prévost (Obs. xxvii, *ibid.*). — Hémipl. droite ; rotation à gauche. — Foyer occupant tout le corps strié et une portion de la couche optique.

78. Prévost (Obs. xxviii, *ibid.*). — Hémipl. gauche ; déviation à droite. — Ramollissement occupant le lobule de l'insula, la partie postérieure des 2 et 3e frontales, une portion de la marginale inférieure et le corps strié dans sa plus grande partie.

79. Prévost (Obs. xxix, *ibid.*). — Hémipl. gauche; déviation à droite. — Ramollissement du corps strié et de la substance blanche avoisinante.

80. Prévost (Obs. xxx, *ibid.*). — Hémipl. droite ; rotation à gauche. — Ramollissement de toute la surface du lobe antérieur dépassant en arrière le sillon de Rolando sur deux groupes de circonvolutions (*fig*. 16, schema).

81. Prévost (Obs. xxxi, *ibid.*). — Hémipl. gauche ; rotation à droite. — Hémorrhagie ventriculaire, partie du centre ovale et du corps strié.

82. Prévost (Obs. xxxiii, *ibid.*). — Hémipl. droite; rotation à gauche. — Vaste foyer hémorrhagique parti du corps strié et de la couche optique gauche.

83. Prévost (Obs. xxxiii, *ibid.*). — Hémipl. gauche; rotation à droite. — Foyer hémorrhagique du centre ovale droit rompu dans le ventricule latéral.

84. Prévost (Obs. xxxiv, *ibid.*). — Hémipl. gauche ; rotation à droite. — Foyer hémorrhagique de la couche optique et du corps strié rompu dans le ventricule.

85. Prévost (Obs. xxxv, *ibid.*). — Hémipl. gauche; rotation à droite. — Foyer hémorrhagique de l'interstice du corps strié et de la couche optique rompu dans le ventricule latéral et le troisième ventricule.

86. Prévost (Obs. xxxvi, *ibid.*). — Hémipl. à gauche ; rotation à droite. — Foyer hémorrhagique de la couche optique et du corps strié rompu dans le ventricule latéral.

87. Prévost (Obs. xxxvii de sa thèse). — Hémipl. gauche; rotation à droite. — Foyer hémorrhagique du corps strié rompu dans le ventricule latéral.

88. Prévost (Obs. xxxviii, *ibid.*). — Hémipl. gauche ; rotation à droite. — Foyer hémorrhagique du corps strié rompu dans le ventricule latéral.

89. Prévost (Obs. xl, *ibid.*). — Hémipl. droite ; rotation à gauche.—Foyer hémorrhagique du lobe occipital ayant pénétré dans le ventricule.

90. Prévost (Obs. xli, *ibid.*) . — Hémipl. droite ; rotation à gauche. — Ramollissement du corps strié; oblitération de la sylvienne.

91. Prévost (Obs. xlii, *ibid.*). — Hémipl. gauche; rotation à droite. — Ramollissement du corps strié et de la substance blanche.

92. Prévost (Obs. xliii, *ibid.*). — Hémipl. droite; déviation à gauche. — Ramollissement occupant le noyau lenticulaire et la capsule interne.

93. Prévost (Obs. xliv, *ibid.*). — Hémipl. gauche; rotation à droite. — Ramollissement occupant principalement le noyau lenticulaire.

94. Prévost (Obs. xlv, *ibid.*). — Hémipl. gauche; rotation à droite. — Lésion du corps strié et de la capsule interne.

95. Prévost (Obs. xlvi, *ibid.*). — Hémipl. droite ; rotation à gauche. — Ramollissement du corps strié.

96. Prévost (Obs. xlvii, *ibid.*). — Hémipl. gauche ; rotation à droite. — Ramollissement de la couche optique et du corps strié.

97. Prévost (Obs. xlviii, *ibid.*).— Hémorrhagie de la couche optique.

98. Prévost (Obs. xlix, *ibid.*). — Hémipl. gauche ; rotation à droite. — Lésion de la couche optique et de la capsule interne.

99. Prévost (Obs. l, *ibid.*). — Hémipl. droite; rotation à gauche. — Ramollissement de la couche optique et du pédoncule cérébral.

100. Prévost (Obs. li, *ibid.*). — Hémipl. gauche; rotation à droite. — Lésion de la couche optique et du pédoncule cérébral.

101. Prévost (Obs. liii, *ibid.*). — Peut-être paral. du facial à droite, rien de précis ; déviation à droite. — Hémorrhagie

du lobe cérébelleux gauche, se rendant jusqu'aux parties latérales de la protubérance et du bulbe.

102. VULPIAN (Obs. LV, *ibid.*). — Hémipl. droite ; rotation à gauche. — Tumeur tuberculeuse de l'hémisphère cérébelleux droit.

103. PRÉVOST (Obs. LVI).— *Ibid.*

104. PRÉVOST (Obs. LVII).—Hémipl. gauche; rotation à droite.

105. PRÉVOST (Obs. LVIII). — *Ibid.*

106. BYRON BRAMWELL (Obs. LXXXI de la thèse de Clozel de Boyer, 1879). — Epilepsie hémiplég. droite ; déviation à droite. —Lésion à gauche, aux centres 11 et 13 de Ferrier, et au voisinage de ceux marqués 10 et *a* (*fig.* 7, schema).

107. OUDIN (Obs. LXXXIX, *ibid.*). — Rien aux membres ; déviation conjuguée (sens pas indiqué). — Ramollissement cortical en dehors des points moteurs occupant : l'un le bout antérieur du 2e sillon temporal, l'autre le pli courbe et le lobule pariétal inférieur dans sa moitié postérieure (*fig.* 4, schema).

108. BERDINEL et DELOTTE (*Soc. anat.*, 5 avril 1878). — Hémipl. gauche; déviation à droite. —Trois tumeurs : une détruisant les faisceaux frontaux moyens, une autre toute la partie moyenne du faisceau pédiculo-pariétal supérieur, la troisième la partie moyenne du faisceau sphénoïdal.

109. MAUNOIR (*Bull. Soc. anat.*, 1876, pag. 163).—Convulsions et contractures bilatérales. — La tête est maintenue renversée en arrière, et roule par moment à droite et à gauche sur l'oreiller. — Disparition bilatérale de tout ce qui est en arrière de la circonvolution marginale postérieure.

110. DE BEURMANN (*Bull. Soc. anat.*, 1876, pag. 251.—Ancienne hémiplégie gauche; hémiplégie plus récente à droite. Attaques d'épilepsie hémiplégique droite, puis attaques convulsives générales avec prédominance à gauche; alors, déviation conjuguée à droite. — Le lendemain, flaccidité à droite ; convulsions et contractures à gauche; alors, déviation à droite. — Foyer, (comme une noix, à gauche, au niveau de la pariétale ascendante sous-cortical), à l'union du 1/3 supérieur et des 2/3 inférieurs. Sa partie postérieure se dirige un peu en dedans dans la substance blanche de l'hémisphère, à peu près au niveau de la scissure interpariétale.

111. GAUDERON (*Bull. Soc. anat.*, 1876, pag. 272).—Déviation à gauche. —Lésion diffuse après otite.

112. M. Raynaud (*Bull. Soc. anat.*, 1876, pag. 431). — Faiblesse des membres inférieurs ; déviation à droite (paral. conjuguée des yeux : 3e paire droite et 6e paire gauche). — Série d'abcès : à droite, 1. au niveau de la 3e frontale ; 2. au-dessous du précédent, plus profond ; 3. au niveau du prolongement postérieur du ventricule latéral et pénétrant dans le ventricule (ramollissement autour jusqu'à la corne d'Ammon). A gauche, 4. toute la corne postérieure de l'hémisphère gauche avec pénétration dans le prolongement du ventricule latéral ; circonvolution paracentrale.

113. Marchant (*Bull. Soc. anat.*, 1876, pag. 755). — Hémipl. gauche ; déviation à droite. — Lésion diffuse.

114. Barié (*Bull. Soc. anat.*, 1878, pag. 757). — Apoplexie avec convulsions à droite chez un ancien hémiplégique gauche ; tête à gauche et yeux à droite. — L'autopsie ne révèle pas la cause de l'apoplexie.

115. Barety (*Bull. Soc. anat.*, 1871, pag. 384). — Apoplexie ; paralysie généralisée plus marquée à gauche ; déviation à gauche. — Oblitération et scléro-athérome des artères basilaire, cérébelleuses inférieure et supérieure, cérébrale postérieure.

116. Bourneville et Debove (*Bull. Soc. anat.*, 1874, pag. 422). — Hémipl. gauche ; déviation à droite. — Foyer hémorrhagique dans la protubérance à droite, juste à l'origine du pédoncule droit dans la protubérance.

117. Liouville (*Bull. Soc. anat.*, 1869). — Convulsions à droite dans des membres paral. ; rotation à droite. — Lésions diffuses de méningite.

Extrait du Montpellier Médical.

Montpellier. — Typogr. Boehm et Fils.